VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

# KANCELARIA SEJMU
# Biuro Komisji Sejmowych

## PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
**(nr 114)**
z dnia 7 lutego 2018 r.

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

# Komisji Zdrowia (nr 114)

7 lutego 2018 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

**– informację na temat przyjętej metodologii oraz postępie prac nad taryfikacją świadczeń medycznych.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikiem, **Małgorzata Szczęsna** główny specjalista w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Roman Topór-Mądry** prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz ze współpracownikami, **Marek Woch** pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, **Robert Gil** członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, **Danuta Miłkowska-Mendrek** członek zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Maciej Niezabitowski** prawnik w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, **Marcin Pakulski** ekspert Pracodawców RP, **Robert Rusak** prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED wraz ze współpracownikiem, **Wojciech Wiśniewski** rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA oraz **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Emilia Szpindor** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Proszę o zajmowanie miejsc. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat przyjętej metodologii oraz postępie prac nad taryfikacją świadczeń medycznych. Przedstawia minister zdrowia.

Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Panie ministrze, bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, posłanki, posłowie, mam zaszczyt przedstawić informację na temat, po pierwsze, metodologii, która jest stale weryfikowana. Jeśli chodzi o taryfikację przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji świadczeń z realizowanego koszyka świadczeń gwarantowanych, państwo otrzymali sprawozdanie w całości. Ono jest na tyle obszerne, że wolałbym – jeżeli pan przewodniczący pozwoli – przedstawić je w kluczowych punktach.

Po pierwsze, ważnym elementem procesu taryfikacji są dane, które musimy zbierać w ramach agencji. One odnoszą się do zarówno danych finansowo-księgowych, jak i danych klinicznych oraz kosztowych w poszczególnych jednostkach. Z problemem rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej borykamy się od początku przemian ustrojowych w naszym kraju. Nie do końca z tym się uporaliśmy, co widać było po różnego rodzaju uwagach, również krytycznych, dotyczących niektórych publikacji i danych. Po to, aby ten problem złego szacunku kosztów poszczególnych procedur wyeliminować, przygotowaliśmy stosowną metodologię, która, tak czy inaczej, zdaje się być weryfikowana. W obecnej sytuacji prawnej, świadczeniodawcy są obowiązani do przekazywania pełnej informacji o wszystkich zużytych zasobach i poniesionych kosztach, takich jak, np. koszty osobowe. Czyli, agencja powinna otrzymywać pełne dane dotyczące wynagrodzeń ze stosunku pracy, ze składek, ubezpieczeń, płatności cywilnoprawnych

i publicznoprawnych. Niemniej jednak schemat pozyskiwania tych danych pozostawia jeszcze nieco do życzenia.

Te dane, które otrzymujemy, poddawane są wieloetapowej weryfikacji, w której uczestniczą osoby będące ekspertami klinicznymi w danych dziedzinach, dyscyplinach czy obszarach – bo różnie podchodzimy do samej procedury – ale też świadczeniodawcy, którzy te dane przesyłają i są stałymi ekspertami w przypadku szacowania tych taryf. Następnie, analiza kosztów oraz samo wskazanie taryf odbywa się taką metodą, w której na całkowity koszt świadczenia składają się dwa główne rodzaje tych kosztów, czyli coś, co powszechnie stosowane jest w rachunkowości – koszty stałe i koszty zmienne. Na koszty stałe składają się koszty personelu, zakupów, odtworzenia i utrzymania urządzeń, a także pomieszczeń, budynków, a na koszty zmienne, przede wszystkim wyroby medyczne, leki, określone badania diagnostyczne i materiał do procedur zabiegowych.

Informacja o kosztach osobowych jest również dzielona, w zależności od kategorii personelu, zgodnie z klasyfikacją personelu medycznego – lekarz, pielęgniarka, położna itd. Następnie, odrębnie ewidencjonowane są te dane, które odnoszą się do umów o pracę i umów cywilnoprawnych. Tam gra rolę również kwestia podatków. Koszty infrastruktury opisane są jako koszty całkowite, pomniejszone o koszty zużytych materiałów, głównie leków oraz materiałów i wyrobów medycznych, a także procedur diagnostycznych. Odejmujemy tutaj koszty osobowe.

Na podstawie tych danych obliczany jest, w przypadku świadczeń szpitalnych, koszt osobodnia, na który składają się iloczyn stawek godzinowych poszczególnych kategorii personelu i liczby godzin przypadających na jeden osobodzień oraz koszt infrastruktury przypadający na jeden osobodzień. To jest metoda używana nie tylko w Polsce – takie oszacowania przy taryfikacji.

Analiza danych, prowadzona jest zazwyczaj również wielokierunkowo, z uwzględnieniem różnych założeń oraz scenariuszy, takich jak: przyjęcie wszystkich wartości wynagrodzenia; stanu obłożenia w danym szpitalu; godzin pracy np. bloku operacyjnego czy jakiegoś innego elementu struktury szpitala; przyjęcie założonego poziomu wynagrodzeń; odgórne określenie stawek godzinowych w poszczególnych kategoriach personelu; przyjęcie poziomu obłożenia. Tutaj też rozdzielamy zarówno dni robocze, jak i dni wolne.

Przyjęliśmy założenie, że w dniach roboczych to obłożenie powinno być na poziomie 85%, a w dniach wolnych od pracy ok. 50%, a wtedy, kiedy pobyt pacjenta trwa dłużej, uśredniamy tę kalkulację. Przyjęcie czasu bloku, pracowni zabiegowej, szczególnie w tych kosztochłonnych, na poziomie, który pozwala na efektywne wykorzystanie tego zasobu. Szacujemy, że to jest minimum 8-10 godzin dziennie. Przyjęcie modelu zakładającego optymalne wykorzystanie wszystkich zasobów – zarówno personel, jak i infrastruktura, przy określonych, ustalonych metodą ekspercką parametrach, takich jak obłożenie, czas pracy, normy zatrudnienia personelu czy niezbędne wyposażenie.

Następnym etapem jest analiza danych klinicznych, gdzie odnosimy się już do odrębnie zdefiniowanego zbioru świadczeń, który mogą stanowić wszystkie przypadki sprawozdawane w ramach, po pierwsze, danej grupy JGP lub danych procedur w klasyfikacji ICD-9 oraz, np., grupy pacjentów w danym przedziale wiekowym. Na podstawie tych informacji, dla danego zbioru danych ustalany jest rodzaj oraz średnia wielkość i koszt zużycia poszczególnych zasobów. Wielkości te konsultowane są podczas spotkań z ekspertami klinicznymi i w razie konieczności korygowane.

Koszt świadczenia obliczany jest jako suma następujących elementów. Tym, co chciałbym tutaj podkreślić, jest to, że ta suma elementów uśrednionych w obrębie danego zbioru, to jest koszt pobytu – tak jak mówiłem – koszt osobodnia razy długość pobytu albo koszt osobowy i infrastruktury dla świadczeń z tego zakresu, np. ambulatoryjnego, następnie: koszt zużytych leków, koszt wykorzystanych wyrobów medycznych, koszt zrealizowanych badań laboratoryjnych i procedur zabiegowych oraz koszt procedury zabiegowej w przypadku świadczeń zabiegowych. Suma ta powiększana jest o koszty podstawowego zabezpieczenia, tam, gdzie ma zastosowanie. Czyli, np. w przypadkach bloków operacyjnych, SOR-ów i określonych zabiegów, gdzie wymagane jest dookreślone zabezpieczenie np. pielęgniarek instrumentariuszek, pielęgniarek anestezjologicznych, lekarzy anestezjologów itd. Ten mnożnik odnosi się do tej całej sumy.

W celu uwzględnienia w wyliczeniu taryfy zmian kosztów operacyjnych działalności podmiotów opieki zdrowotnej w czasie, a także określenia kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi, obliczony jest mnożnik zmian kosztów. Pełni on dwojaką rolę – aktualizacji taryfy na dzień ich wydania oraz jednorocznej premii na rozwój. Aktualizacja tych danych na dzień wydania taryfy ma na celu odzwierciedlenie zmian poziomu kosztów świadczeń w trendzie czasowym. Natomiast premia na rozwój stanowi perspektywiczną funkcję taryfy polegającą na uwzględnieniu prognozowanych, przyszłych zmian poziomu kosztów. Takie podejście zastosowaliśmy po to, aby dać świadczeniodawcom, głównie szpitalom, ale nie tylko, perspektywę pokrycia również kosztów związanych z amortyzacją, potencjalnym rozwojem czy modyfikacją swojego funkcjonowania.

Wskaźnik zmian wielkości kosztów dla każdego roku, w ramach poszczególnych kategorii, jest obliczany niezależnie, a następnie łączony w postaci średniej ważonej. Na podstawie tych wszystkich danych prowadzimy analizy pozwalające na wykonywanie oszacowań o większym stopniu ogólności, takich jak badanie rentowności poszczególnych ośrodków, powstawania kosztów dla np. konkretnych oddziałów szpitalnych lub różnic w poziomie kosztów pomiędzy określonymi typami jednostek, np. na różnych poziomach referencyjnych.

Agencja, dodatkowo analizując konkretne świadczenie lub grupę świadczeń, zbiera informacje odnoszące się do: liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na udzielanie świadczenia; potencjału wyrażonego jako liczba świadczeniodawców, liczby lekarzy i liczby łóżek; danych rynkowych, w tym przede wszystkim cen świadczeń realizowanych komercyjnie. Odnosimy się także do analizy cen w jednostkach zagranicznych. Ta metodyka jest dokumentem, który podlega ewolucji w miarę doświadczeń nabywanych w dotychczasowych pracach taryfikacyjnych. W aktualnej wersji, która w najbliższych dniach zostanie opublikowana na stronach agencji, pozytywnie zaopiniowanej przez Radę do spraw Taryfikacji, wprowadzono wiele modyfikacji, w tym możliwość przedstawiania analizy wrażliwości. Myślę, że warto zapoznać się z tymi danymi na stronie agencji – chodzi o tę metodykę. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości czy konieczności modyfikacji, jesteśmy oczywiście otwarci na wszelkie zmiany.

W drugim punkcie, chciałbym omówić, też w miarę krótko, postęp pracy nad taryfikacją, jeżeli pan przewodniczący pozwoli. Podczas trzech lat działalności Wydziału Taryfikacji określono ponad 500 taryf świadczeń w kilkudziesięciu obszarach terapeutycznych i w różnych zakresach. Szczegółowy wykaz świadczeń, dla których opublikowano obwieszczenia prezesa agencji w sprawie ustalania taryfy świadczeń, został dołączony w załączniku nr 1 do tego raportu, który państwo otrzymali. Ponad połowę taryf przygotowano na podstawie dodatkowych zleceń Ministra Zdrowia, poza ustalonym na dany rok planem taryfikacji. Jednocześnie chciałbym zaznaczyć, że wszystkie zadania ujęte w planie taryfikacji na lata 2015 i 2017 zostały przez agencję zrealizowane, przy czym część, w związku z dodatkowymi zleceniami Rady do spraw Taryfikacji lub Ministra Zdrowia, jest kontynuowana w rozszerzonym zakresie lub wstrzymana do czasu podjęcia koniecznych działań, będących obszarem związanym z negocjacjami czy ustaleniami z NFZ-em lub z Ministerstwem Zdrowia. Szczegółowe zestawienie, plan taryfikacji oraz wszelkie dodatkowe zlecenia Ministra Zdrowia, przedstawiliśmy w załączniku nr 2.

Chciałbym też wskazać, że na dzień 2 lutego 2018 r. zakończono prace analityczne i przygotowywane są obwieszczenia dla następujących obszarów. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze dla pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych – to jest zlecenie, które miało swoją historię, niemniej jednak chcieliśmy bardzo precyzyjnie określić zarówno możliwości finansowe systemu, głównie NFZ, jak i rzeczywisty stan kosztów tych świadczeń. Kolejnym obszarem są świadczenia obejmujące diagnostykę oraz leczenie zaburzeń rytmu serca, finansowane w ramach JGP od E-39 do E-45 oraz od E-63 do E-64. Kolejne, to świadczenia obejmujące przezskórne interwencje w zakresie serca, finansowane w ramach JGP E-21, E-22 oraz kompleksowe zabiegi w zakresie trzustki.

Zakończono również wstępnie prace – jednak Rada do spraw Taryfikacji lub Minister Zdrowia zlecili dalsze lub rozszerzone działania – w zakresie badań antygenów zgod-

ności tkankowej i świadczenia wysokospecjalistyczne wspomagania i przeszczepienia serca. Reumatologia. Świadczenia ortopedyczne, w tym zabiegi dotyczące kręgosłupa lub leczenie zachowawcze. Średnie lub duże zabiegi kompleksowe – kończyna górna, dolna i miednica, amputacje kończyn finansowane w ramach określonych grup JGP. W tym zakresie są też świadczenia kardiologiczne, w tym zabiegi kardiochirurgiczne oraz leczenie zachowawcze wrodzonych wad serca, finansowane również w ramach określonych grup JGP oraz zabiegi pomostowania naczyń wieńcowych.

Kolejnym obszarem są świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy, radioterapia protonowa nowotworów oka, świadczenia gwarantowane obejmujące przeszczepienie wątroby. Dodatkowo, do czasu opracowania nowego rozporządzenia w sprawie standardu opieki nad kobietą w ciąży i noworodkiem, agencja zawiesiła prace nad obszarami takimi, jak świadczenia gwarantowane związane z ciążą i porodem, finansowane w ramach JGP N-01 – N-13 i świadczenia gwarantowane związane z patologią noworodka, finansowane też w konkretnych grupach, oraz świadczenia gwarantowane związane z chirurgią noworodka i niemowlęcia, finansowane w określonych grupach. Te świadczenia są realizowane i finansowane na podstawie dotychczasowych taryf. Tutaj nic nie modyfikujemy do czasu ustalenia konkretnych zapisów.

Aktualnie w Wydziale Taryfikacji, poza tymi wyżej wymienionymi, trwają intensywne prace nad obszarami takimi, jak rehabilitacja, którą chcemy określić kompleksowo, niezależnie od miejsca realizowania tych świadczeń i pediatria – z planu taryfikacyjnego z ubiegłego roku, również całość świadczeń dotyczących JGP poniżej 18 roku życia. Pracujemy również nad świadczeniami wysokospecjalistycznymi w zakresie kardiochirurgii, terapii hiperbarycznej, nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, a także świadczeniami gwarantowanymi obejmującymi leczenie ran przewlekłych, także świadczeniami gwarantowanymi obejmującymi leczenie chorób układu moczowo-płciowego i świadczeniami onkologicznymi w zakresie szpitalnym i ambulatoryjnym. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję bardzo. Oddaję państwu głos. Wiem, że część posłów będzie musiała wcześniej opuścić posiedzenie Komisji, więc może w tej kolejności – pani poseł Gelert, potem pani poseł. Bardzo proszę.

**Poseł Elżbieta Gelert (PO):**

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, moje pytanie dotyczy kilku spraw. Pierwsze, związane jest z tym, czy informacje, które są przesyłane do agencji, są już wiarygodne, bo państwo cały czas tłumaczyli, że mają takie wyniki, jakie informacje do nich docierają. Oczywiście informacje, które wpływają ze szpitali. W związku z tym, chciałabym zapytać, czy metodologia we wszystkich szpitalach jest taka sama, czy takie koszty, jakie są w poszczególnych szpitalach, oznaczają to samo, bo z tego, co ja wiem, to tak naprawdę każdy szpital również te koszty segreguje. Oczywiście, nie mówię o takich prostych, typu amortyzacja czy osobowe, ale jest mnóstwo innych kosztów, które w każdym szpitalu mogą być inaczej przyporządkowane. Zatem, pierwsze pytanie jest takie, czy tę informację mają państwo już dokładną. To, po pierwsze.

Po drugie, ponieważ szpitale są zobowiązane przekazywać do państwa… I nie tylko szpitale, bo jeżeli to będzie dotyczyło innych jednostek, to też inne jednostki są zobowiązywane do przekazywania państwu niezbędnych informacji. Ja powiem państwu, że to jest bardzo dużym utrudnieniem dla danych jednostek, bo, niestety, nikt nie pokrywa kosztów dodatkowego pracownika, który musi państwu przekazywać te informacje. Każdy ma inny system, i państwo mają inny system – odwieczny problem informatyzacji w opiece zdrowotnej szeroko rozumianej. To jest niejako jeden temat, który dotyczy tych spraw.

Drugi temat. Panie ministrze, pan tu mówi, co ewentualnie będzie badane – i w jakich odstępach – w roku 2017, 2018 itd. Ja nie widzę tutaj ambulatorium specjalistycznego. Cały czas mówi się o tym, że przede wszystkim ambulatorium specjalistyczne, czyli poradnie – tzw. AOS-y – mają być podstawą procesu leczenia obok szpitala, a właściwie w dużej mierze mają zastępować pewne procedury szpitalne. Chciałabym więc wiedzieć, jak państwo są do tego przygotowani, bo z tego, co wiem, do końca czerwca

wszystkie poradnie mają podpisywane umowy. Rozpocznie się kontraktowanie usług – czy na takich samych, starych zasadach, jakie są obecnie, bo naprawdę koszty poradni są bardzo duże, Natomiast to, co proponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, to są środki opłakane. W związku z tym, część usług dalej jest przekładana na szpital, zupełnie niepotrzebnie. Moje pytanie – kiedy zatem państwo wezmą się za wycenę AOS-ów. Kiedy możemy się tego spodziewać, bo pan minister mówił, że agencja funkcjonuje już trzy lata i tak naprawdę nie posunęliśmy się bardzo do przodu.

Właściwie, większość wycen, jakie państwo zaproponowali, spadała na wszystkich jak grom z jasnego nieba, zaczynając od kardiologii. Oczywiście, w tej chwili, w przypadku niektórych procedur typu rezonans czy tomografia komputerowa jest zwiększenie, bo zdaję sobie sprawę z tego, że NFZ posiłkuje się państwa wyceną i na tej podstawie jest potem szacowane, ile dana procedura będzie kosztować. W związku z tym, pytanie odzwierciedlające utrapienie szpitali, czyli dotyczące przekazywanie państwu informacji. Czy w waszej ocenie te informacje cokolwiek wam dają, bo większość z nas potem ma wrażenie, że jest to wycena spod grubego palca. Przynajmniej ta początkowa taka była. Może teraz jest trochę lepiej. I drugie – co z ambulatoriami specjalistycznymi. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Pani poseł Kaczorowska.

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, moje pytanie będzie szczegółowe, dotyczące rehabilitacji narządów ruchu i neurologicznej. Jest tu trochę zła akustyka i ja nie słyszałam, czy AOTMiT już tym się zajmowała. Natomiast przychodzi do mnie, do biura poselskiego, dużo osób, które zajmują się tą rehabilitacją. Jest dobrze usprzętowiony ośrodek przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. On ma niewykorzystaną liczbę łóżek.

Jest to dobry ośrodek, ma dobrą kadrę i dobry sprzęt, natomiast nie może tej bazy wykorzystać. Dlatego pytam. Rozumiem, że rehabilitacja kardiologiczna jest bardzo ważna, ale myślę, że na to położono duży nacisk, natomiast leży – tak mi się wydaje – rehabilitacja narządów ruchu i neurologiczna, która wymaga większej liczby sprzętu i zabiegów. Myślę więc, że tutaj trzeba by nad tym się pochylić. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Pan poseł Sośnierz.

**Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):**

Dziękuję za przedstawiony materiał, ale już kiedyś dyskutowaliśmy na ten sam temat na posiedzeniu zespołu do spraw ochrony zdrowia. Niektóre pytania powtórzę, ale one są wciąż aktualne.

Generalnie wadą tego całego procesu jest to, że potem wynik, który jest publikowany w efekcie bardzo skomplikowanego i wielu miejscach miękkiego procesu – pojawia się komisja, która wszystko przewraca do góry nogami – traktowany jest jako prawda objawiona. Ale, czy to jest prawda? Właśnie dlatego chciałbym uzyskać odpowiedź na choćby kilka pytań.

Jak państwo uwzględniają koszty rezydentów z budżetu państwa? Jakby nie zrobić, będzie źle. Jeśli wliczymy koszty rezydentów, czyli środki, które dany ośrodek otrzymuje nie z NFZ a z budżetu państwa, to rzeczywiście pojawi się koszt, który został zrealizowany ze środków publicznych. Jednak trzeba mieć świadomość tego, że rezydenci tworzą nadmiarową kadrę, która nie byłaby zatrudniona w tym zakładzie, gdyby on funkcjonował po prostu w celu wykonania świadczeń, a nie szkolenia. Jeśli więc wliczy się koszt rezydentów, to zawyży się koszty procedur medycznych. Jeśli zaś nie wliczy się tych kosztów, to się je zaniży, dlatego, że mimo wszystko rezydenci wykonują część prac, które musiałyby być finansowane ze środków NFZ. Czyli, jakby nie zrobić, będzie źle.

Następny problem – koszt aparatury medycznej kupionej nie przez zakład opieki zdrowotnej, przez szpital, tylko sfinansowany np. przez samorząd lub z budżetu państwa. To jest jakby prezent. Zakład nie musiał na niego zarobić. W związku z tym, jeśli zakład nie wlicza kosztów zakupu tego sprzętu w swoje koszty, to tomografia powinna

być w nim dużo tańsza i nie słuszne byłoby finansować tomografię według takiej samej ceny jak w zakładzie, który musiał sam kupić ten sprzęt, bo musiał na niego zarobić, zamortyzować itd. Czyli, tu jest problem.

Co robią zakłady? One, choć tu kosztu nie poniosły, wliczają amortyzację. A jeśli wliczają amortyzację, to znowu krzywi się rachunek, dlatego że koszt nie był poniesiony, a amortyzacja jest liczona. I to naprawdę jest niedoskonałość.

Już zwracałem uwagę na to, że w ogóle zbieranie kosztów na podstawie tego, co nam przyślą, jest obarczone ogromnym błędem. Przed laty robiłem wiele w związku z tym i wiem, że jedynym sposobem – i też niedoskonałym – było wysłanie ankietera do zakładu opieki zdrowotnej, bo wszyscy, jeśli mają powiedzieć, ile czasu wykonują daną czynność, to podają, że dużo dłużej niż naprawdę ją wykonują. Pielęgniarki przez kilka minut podają jedną iniekcję, a de facto w ciągu jednej minuty robią trzy. Zatem, kiedy coś robi się nominalnie, to jest zupełnie inaczej, niż w naturze.

I czy państwo wliczają marże, bo gospodarka oparta na cenach kosztowych jest gospodarką upadającą. Nie da się prowadzić żadnej działalności z pieniądzem, kiedy nie ma marży. Gospodarka oparta tylko na tym, że zwraca się tylko koszty, to gospodarka upadająca i każdy taki podmiot nie ma na remont, na zakup nowego sprzętu, nie może wprowadzić nowej technologii, bo musiałby skądś wziąć pieniądze, a on ma zwracane tylko koszty. Marża ma potem bardzo istotne znaczenie, jeśli chodzi o wykonawstwo, bo tam, gdzie jest dobra marża… Chociaż – jak mi się wydaje – ona jest ustalana chaotycznie, niektóre dziedziny, nie wiadomo, dlaczego, mają do tej pory bardzo wysoką rentowność – czyli marżę, jak można powiedzieć – a niektóre mają te ceny ustawione nawet poniżej kosztów. To, jak ta marża będzie ustawiona, ma potem bardzo duże skutki dla pacjenta, bo albo dane świadczenie będzie bardzo chętnie wykonywane, albo będzie kombinacja, że będzie się próbować coś innego w tym miejscu sprawozdać albo tego nie wykonać. Zresztą, już teraz mamy do czynienia – z powodu ryczałtu – z odsyłaniem pacjentów ciężkich z OIOM-ów, bo zakład nie jest pewny, czy zmieści się w ryczałcie, czy nie. Ten skutek można było przewidzieć, i stało się. Pacjent zbyt drogi stał się na OIOM -ach pacjentem niemile widzianym. Moim zdaniem, jest to bardzo wielkie uchybienie tego ryczałtowego finansowania.

Jednak wracając do marży, jest ona bardzo istotna dlatego, żeby całe przedsięwzięcie w ogóle chodziło. Czy państwo mają wszędzie ustalony poziom marży, np. 10, 15%, po to, żeby nie było świadczeń lepszych lub gorszych, czyli wykonywanych częściej lub rzadziej? To właśnie zależy od tego, jak jest ustawiona ewentualna rentowność danego świadczenia. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Momencik, po kolei. Pani poseł Radziszewska.

**Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):**

Dziękuję bardzo. Mam jedno pytanie. Wiadomo, że przez kolejne lata dokonywano obliczeń taryfikujących poszczególne świadczenia, ale życie tyczy się i to, co było taryfikowane w 2015 r. czy w roku 2016, ma się nijak do rzeczywistości, która nas dzisiaj otacza. Wystarczy popatrzeć, co się dzieje w związku z klauzulą opt-out i jej wypowiadaniem nie tylko przez lekarzy rezydentów, bo wiadomo, że ich pensje są kosztem budżetu państwa, a nie kosztem tam, gdzie są na rezydenturze. Natomiast, bardzo wielu lekarzy specjalistów wypowiedziało te klauzule. W związku z tym, praca poszczególnych oddziałów jest niemożliwa bez zatrudnienia dodatkowych osób, ale poprzez przyciągnięcie ich atrakcyjnością oferty płacowej.

W wielu szpitalach podpisuje się nowe umowy – zwłaszcza z lekarzami, którzy są na umowach cywilnoprawnych – które są już wyższe od poprzednich. W wielu szpitalach, gdzie lekarze są zatrudnieni na umowach o pracę, są podnoszone miesięczne pensje. Czy w jakikolwiek sposób Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji bierze pod uwagę to, co dzisiaj się dzieje, bo koszty osobowe po tych renegocjacjach pensji i kontraktów rosną. W związku z tym, jakie są plany na przyszłość, bo ta sytuacja będzie się pogłębiać. I niezależnie od tego, czego byśmy sobie życzyli, to odpowiedzialność jest po stronie tego, kto taryfikuje usługi. Jeżeli bowiem zaczniemy mówić, że koszty zostaną

podzielone pomiędzy NFZ czy szpital, i NFZ już nic do tego nie ma, tylko dyrektorzy szpitali, to znów znajdziemy się w sytuacji, że oddziały i szpitale będą zamykane, dlatego że każdy pacjent będzie kosztem, każdy lekarz będzie kosztem, każda pielęgniarka będzie kosztem zbyt dużym w stosunku do przychodów związanych z podpisanym kontraktem. A kontrakt podpisany został na dwa lata. W międzyczasie sytuacja się zmienia.

Jak to będzie przebiegało w związku z renegocjacjami kontraktów? NFZ musi reagować na to, co się dzieje, bo nie może pozwolić, by pacjenci zostali bez opieki medycznej na obszarze jednego, dwóch czy trzech powiatów lub w dziedzinie, która jest nie w każdym powiedziecie, nie w każdym szpitalu. Jak, wobec tego, co dzisiaj się dzieje w sferze zatrudnienia kadry medycznej, będą zmieniane stawki taryfikacyjne we wszystkich dziedzinach medycyny? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Pani poseł Chybicka.

**Poseł Alicja Chybicka (PO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, pierwsze pytanie jest ogólne. Według zasad, które Prawo i Sprawiedliwość przedstawiało w okresie wyborów, miało być tak, że będzie budżet, nie będzie Narodowego Funduszu Zdrowia, nie będzie w związku z tym ogromnej biurokracji i tego wyliczania świadczeń, które przez wiele lat – jak się okazało – były co najmniej nędznie wyliczone.

Na początku swojej działalności wyliczeniowej mieliśmy wrażenie – my, praktycy – że jest to działalność sufitowa, czyli te wyliczenia nijak się miały do tego, co odbywało się w placówkach medycznych. Potem zostało to trochę uściślone. A w dniu dzisiejszym, patrząc na jakość wyceny świadczeń medycznych, mam następujące pytanie. Dlaczego trwa to tak bardzo długo?

Ta metodologia jest w kółko na różowo zmieniana. Nie jest to absolutnie dostosowane do czegoś innowacyjnego. Czyli dana procedura wyliczona na podstawie jakiegoś protokołu leczniczego, który np. w onkologii bardzo szybko się zmienia, ma się nijak do tego, co odbywa się w rzeczywistości. Dyrektor szpitala dostaje budżet i musi go rozliczyć jakby na starych, NFZ-owskich zasadach. I tu wracam do początku – dlaczego to wszystko zostało… Powstała taka świnka morska – ani świnka, ani morska. Ani to jest budżet, który jest rozliczany budżetem, ani to są świadczenia, które pomagają świadczeniodawcy.

Koleżanka już tu zapytała o szczegóły. W tej chwili w Polsce jest tak, że nawet w mieście takim jak Wrocław, na niektórych oddziałach lekarzy nie ma, pracują w dwunastkach, na innych jest ich więcej. Jak państwo biorą pod uwagę wysokość tych… Przeczytałam to, co jest napisane, ale to nie jest dobra metodologia. To jest metodologia, że do jednego wora wrzuca się różne dane, z tego wylicza się średnią, a to do danej placówki medycznej ma się kompletnie nijak.

Muszę powiedzieć, że walczyłam o wyliczenie przez AOTMiT jednej procedury – fotoferezy pozaustrojowej dla pacjentów po transplantacji szpiku z przewlekłym zespołem przeszczep przeciwko gospodarzowi, przez okres bodajże czterech lat i też dostawałam pozytywną ocenę, po czym NFZ, czy pewnie ministerstwo, nie umieszczało tego w koszyku świadczeń gwarantowanych. W efekcie taka wielka praca szła na marne. Jaka jest gwarancja, że w tej chwili na coś się przyda?

Jak to się ma do tego budżetu – wyliczenia AOTMiT, potem zachowanie się NFZ i na koniec szpitale, które muszą w tej chwili podnieść stawki – bo, jak państwo w ministerstwie wiedzą lepiej ode mnie, w tej chwili, kto da więcej lekarzom, ten ma personel, a kto nie da, tego w ogóle nie ma. Tu działa po prostu rynek. A jeśliby wszyscy z ministerstwa dostali polecenie, że mają więcej nie dać, to za chwilę – ja jestem nauczycielem akademickim – będziemy mieć całe grupy studenckie za granicą.

Pan minister wie, że w ubiegłym roku, 2017, z bodaj 2300 studentów wypuszczonych z polskich uczelni wyjechało 800, czyli bardzo duża liczba. W tym roku wyjedzie jeszcze więcej. Pytanie – jak ta cała strategia, pana zdaniem, trzyma się kupy i jak to wszystko się znajduje? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Pani poseł Czech.

**Poseł Anna Czech (PiS):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, panie ministrze, właściwie chciałabym nawiązać do wypowiedzi pana posła Sośnierza. My, podczas spotkania zespołu, szczegółowo omawialiśmy pracę i sformułowaliśmy wnioski, więc nie będę tego powtarzała.

Odnośnie do pracy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, mam pytanie. I dziękuję za to, że ministerstwo podejmuje pewne wyzwania, które sugerują posłowie. Natomiast, pytanie mam takie. Czy w tych wycenach jest jakiś konkretny plan roczny na kolejny rok? Jednak, tak naprawdę, to rozmawiamy… Czy pan minister mnie słyszy? Do pana ministra kieruję pytanie. Jaki czas jest potrzebny do tego, żeby wyliczyć wszystkie świadczenia, aby one się bilansowały i dawały niewielki zysk na odtworzenie i działanie? To jest pierwsze pytanie. Jaki ten czas jest potrzebny i czy potencjał kadrowy AOTMiT wystarczy, aby jak najszybciej to zrealizować?

I drugie pytanie. Dlaczego wdrożenie niektórych świadczeń, które wyceniono, zostało wstrzymane? Przykładem tego jest psychiatria. Wiem, że jest pilotaż, ale nie wszyscy wejdą w pilotaż. Czyli, kiedy będzie wdrożona wycena AOTMiT, jeśli chodzi o psychiatrię.

Kolejna – bo nie chcę wchodzić we wszystkie szczegóły – np. radioterapia paliatywna. Tutaj, w którejś z tabelek, też jest napisane – „zakończone", ale opinia RDSP, czyli Rady do Spraw Taryfikacji, była negatywna. A radioterapia paliatywna nie jest opłacalna, więc też dobrze by było, żeby to odpowiednio wycenić. Nie chcę dalej wchodzić w szczegóły. Czyli, ogólnie strategia – kiedy agencja wyceni wszystkie świadczenia tak, aby one się bilansowały i dlaczego niektóre wyceny nie zostały wdrożone? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Pan poseł Ostrowski.

**Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo, mam dwa krótkie pytania do pana ministra. Pierwsze. Chodzi mi o wycenę punktu w niektórych świadczeniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jak wiemy, jedne świadczenia są wycenione lepiej, drugie gorzej. Chodzi mi o te, które do tej pory były słabo wycenione, np. takie, jak kardiologia zachowawcza, diabetologia, pulmonologia czy neurologia. Czy jest planowany przegląd i ewentualna podwyżka wartości punktu?

I drugie pytanie. Wiem, że państwo zajmowali się całościową wyceną świadczeń onkologicznych, i że to już trochę trwa. Czy to zmierza do końca, są jakieś wnioski, czy to jeszcze potrwa, bo środowisko czeka? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Pan poseł Latos.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, jeżeli mówimy o kwestii wyceny procedur i kalkulowania poszczególnych cen, ja chcę zwrócić uwagę na zjawisko, które jest obecne od dawna, a nad którym, być może przy okazji tego porządkowania, też warto się zastanowić. Otóż, niejednokrotnie jest sytuacja taka – o czym pewnie wszyscy wiemy, a przynajmniej jest to tajemnicą Poliszynela – że trzeba pacjenta zatrzymać w szpitalu, np. 4 dni, po to, aby otrzymać – tak to nazwijmy – pełną rekompensatę, w sytuacji, w której można by go wypisać po dwóch dniach.

Oczywiście rozumiem, że 4 dni pobytu to jest koszt większy niż dwie doby, i pewnie trzeba to jakoś skalkulować, ale poddaję pod rozwagę przyjrzenie się temu szczegółowo. Opowiadając niekiedy różne rzeczy, że robi się to też w trosce o pacjenta, trzyma się go jednak dłużej ze względu na rachunek ekonomiczny. W związku z tym, postuluję, aby w ramach prac, jakie państwo prowadzą, również tą sprawą się zająć i temu się przyjrzeć. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Zgłaszała się jeszcze pani poseł Zwiercan. Bardzo proszę.

**Poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, mam pytanie odnośnie do wyceny stacjonarnych świadczeń leczenia uzależnień. Podają państwo, że leczenie uzależnień ogólnie, to kwota 102 zł 50 gr., a wycena osobodnia na oddziale terapii uzależnienia od alkoholu to ponad 113 zł – 113 zł 29 gr. Mam więc pytanie – również inna jest kwota leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych – co wpłynęło na taką decyzję. Uważam, że na leczenie uzależnień – jeżeli ktokolwiek ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia i jeżeli mówimy ogólnie o uzależnieniach – może trafić pacjent uzależniony od alkoholu, ale też od środków psychoaktywnych. Dlaczego jest tak niska wycena tego świadczenia?

Mam również takie pytanie. Wycena godziny pracy instruktora terapii leczenia uzależnień jest w granicach 27 zł, a specjalisty – stu kilkunastu złotych. Rozumiem oczywiście, że specjalista psychoterapii musi spełnić odpowiednie warunki, być po studiach, które pozwalają na to, żeby być specjalistą. Bardzo często osoby, które są instruktorami, również mają wyższe wykształcenie, jednak nieukierunkowane w danej specjalizacji. Czy nie należałoby rozważyć, czy w ogóle jest sens wydatkowania środków – najczęściej samorządowych – na szkolenie instruktorów terapii uzależnień, bo jaki ośrodek będzie zatrudniać terapeutów, zwykłych instruktorów? To przecież żadnemu ośrodkowi nie będzie się opłacało finansowo, a będzie prowadziło do tego, że te osoby, kończąc szkolenie instruktora terapii uzależnień, będą zakładały swoje gabinety – mając jak najbardziej prawo, będą podmiotami, które będą udzielać terapii – ale nie do końca zgodnie ze swoimi kwalifikacjami.

Jest to otwarcie drogi dla tych osób na zakładanie prywatnych ośrodków leczenia uzależnień, gdzie terapia jest wykonywana w sposób nie do końca odpowiedni. Najczęściej to nie są podmioty lecznicze, a takie osoby w żaden sposób nie są weryfikowane ani terapia w tych ośrodkach nie jest sprawdzana. Chyba trzeba by się zastanowić, czy jest sens szkolenia instruktorów terapii uzależnień.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Pani poseł Libera.

**Poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, zanim zadam kilka pytań – dokładnie trzy krótkie pytania dotyczące tematu dzisiejszego posiedzenia. Chciałabym zapytać, czy rzeczywiście prawdą jest, że praca w ośrodkach prywatnych i NZOZ-owskich nie jest weryfikowana? Czy państwo mają nadzór nad tym problemem, o którym powiedziała przed chwilą pani poseł, czy one są kompletnie nieweryfikowane? Rozumiem, że to mi pan powie przy udzielaniu odpowiedzi. Natomiast, moje pytania dotyczą tematu dzisiejszego posiedzenia.

Otóż, pan dużo powiedział na temat metodologii, panie ministrze, natomiast mniej o postępie prac. Chciałabym wiedzieć, co dla ministerstwa jest priorytetem – jakie macie priorytety – i też, jakie cele chcecie osiągnąć, bo przecież po coś te prace są prowadzone.

Drugie moje pytanie. Przez ostatnie dwa lata koszykiem świadczeń gwarantowanych i wyceną zajmował się były minister pan Łanda. Chciałabym wiedzieć, co udało się osiągnąć prze dwa lata i jaki jest efekt zdrowotny dla społeczeństwa poprzez zmiany w tym koszyku?

Trzecie pytanie, związane jest z profilaktyką. Niestety, wczoraj nie było pana ministra na wspólnym posiedzeniu zespołów do spraw zdrowia publicznego i onkologii, gdzie mówiliśmy na temat wycen świadczeń profilaktycznej mastektomii i profilaktycznej adneksektomii, i okazało się, że wnioski złożono już rok temu do oceny AOTMiT. W związku z tym, moje pytanie jest takie. Czy państwo w jakiś sposób nadzorują czasokres tych wydawanych opinii i czy profilaktyka jest także w sferze waszych priorytetów? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Pani poseł Hrynkiewicz.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, kiedy czytam wykaz tych taryf, które państwo tutaj zamieścili, to gwałtownie szukam pacjenta i zastanawiam się, gdzie tutaj zgubił się pacjent. Przecież ja nie idę tam po to, żeby mi zrobili jakieś badania czy jakąś część prześwietlili, czy coś innego zrobili, tylko idę po to, żeby mnie wyleczyli. Chciałabym więc zobaczyć całość – wtedy, kiedy idę do lekarza czy do szpitala, gdzie poddawana jestem różnym koniecznym działaniom i wychodzę w dobrym stanie. Tak bym chciała to zobaczyć. A ja z tego widzę to, czego ostatnio doświadczyłam jako poseł, ponieważ o taką interwencję zwróciła się do mnie rodzina pacjenta, który był leczony według tych taryf i okazało się, że już minął czas, który państwo przewidują w tych taryfach, a pacjent jeszcze nie wrócił do tego, czego oczekujecie po tym czasie. W związku z tym, ordynator woła rodzinę i mówi – zabierajcie tego pacjenta, bo czas taryfowy już się skończył. Oczywiście błagalne próby pozostawienia tego pacjenta, które wszyscy wznosili, skończyły się tym, że jednak nastąpiła istotna poprawa zdrowia pacjenta. Pacjent przeżył, można go dalej rehabilitować, a może nawet wrócić do zdrowia.

Kiedy więc czytam te taryfy, ciągle mam w pamięci te wszystkie interwencje, które do mnie docierają i dotyczą – nazwę to jednym zdaniem – braku zastanowienia się nad efektywnością tych świadczeń, które są wykonywane. Przecież nie chodzi o to, żeby wykonywali świadczenia, nie chodzi o to, żebym ja poszła i odebrała świadczenie, które potem opiszą w gazecie – nie do końca, bo tam mnie nie leczyli, tylko okaleczyli, a kiedy okaleczyli, to dali mi poradę psychologiczną, za którą na pewno zapłaciliście – tylko o to, żeby po prostu ocenić skuteczność tego i w którymś momencie powiedzieć, że nas interesuje nie to, ile badań wykonaliście, tylko, jaki był skutek dla pacjenta.

Ja oczywiście znam tę anegdotę – państwo też pewnie znają – czym różni się chirurg od pana Boga. Tym, że pan Bóg wie, że nie jest chirurgiem. Ja to też znam i wiem, że lekarz nie jest panem Bogiem, ale musi być w tych taryfach zaznaczone, że celem zasadniczym stosowania wszystkich tych zabiegów jest efektywność leczenia. A ta efektywność oznacza, że pacjent wrócił do takiego zdrowia, do jakiego wrócić może w danym stanie choroby albo, po prostu, nie wrócił do zdrowia, ale leczenie też było podejmowane. Natomiast, kiedy to wszystko czytam – widzę, że tutaj jest 313, 56 gr., 08 gr., 32 gr., 44 gr. – to po prostu jestem wzruszona, że jesteście tak dokładni. Wolałabym jednak, żeby od tej dokładności przejść do efektywności, bo w gruncie rzeczy, o to chodzi.

Jeszcze jedna sprawa, na którą zwracam uwagę. Jednak porada czy leczenie, czy różne terapie zastosowane przez kogoś, kto ma większe doświadczenie, mają chyba większą wartość. Przynajmniej ja tak odczuwam. Dwa razy zetknęłam się z rezydentami – pierwszy mnie okaleczył skutecznie, drugi też zrobił podobne głupstwo. To nie może być wyceniane tak, że lekarz o niskich kwalifikacjach… Są lekarze o bardzo wysokich kwalifikacjach, znakomici lekarze, i są lekarze o średnich kwalifikacjach – nie chcę powiedzieć, o niskich, więc powiem, że mniej niż średnie. Wobec tego musi być tutaj – już kończę, panie przewodniczący – w tych taryfach, jeśli już je opracowujecie, uwzględnione także to, co dzieje się z pacjentem. Przypuszczam bowiem, że za te same pieniądze, w dobrych warunkach, przy dobry lekarzu i porządnych badaniach można osiągnąć znacznie więcej niż tam, gdzie nic się nie osiągnie albo wręcz doprowadzi się do pogorszenia stanu zdrowia.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Panie ministrze, jeszcze ja mam kilka pytań. Przeanalizowałem bardzo dokładnie materiał, który państwo przekazali, na temat wycen świadczeń medycznych. Generalnie – panie przewodniczący, chciałbym zadać pytanie – tworzą państwo rząd, który mówi, że jednym z jego priorytetów jest polityka senioralna i opieka nad osobą starszą. Proszę powiedzieć, dlaczego zmniejszyliście wycenę osobodnia w oddziale psychogeriatrycznym, czyli cenę płatności za jeden dzień, o 16%. Jaka to jest polityka geriatryczna, skoro zmniejszacie wycenę osobodnia w oddziale psychogeriatrycznym o 16%?

Mówicie, że chcecie walczyć z dopalaczami i narkotykami. Dopalacze to problem narastający od wielu lat i bardzo niebezpieczny. Obniżacie wycenę osobodnia w oddziale leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych o 26%. Jaka

to jest walka z dopalaczami, skoro zmniejszacie wycenę leczenia zespołów abstynencyjnych o 26%?

Wszyscy wiemy – panie przewodniczący Sośnierz, ja nie mogę się skupić – z jakim problemem boryka się psychiatria dziecięca w Polsce od wielu lat. Jest mało lekarzy, jest problem z oddziałami. Zmniejszacie wycenę osobodnia w oddziale dziennym psychiatrii dla dzieci i młodzieży o 28%. Jaka to jest polityka?

Mamy choroby rzadkie. Mukowiscydoza – śmiertelna choroba. Wszyscy to wiemy. Lekarze, wszyscy, którzy zajmują się systemem, wiedzą, że jest to jedna z najbardziej tragicznych chorób, jakie dotykają ludzi. Czasem jedynym zabiegiem ratującym życie jest przeszczepienie płuca w tej chorobie, a właściwie obu płuc. Zmniejszacie wycenę przeszczepu obu płuc o 10% u ludzi z mukowiscydozą.

Ludzie chorują na nadciśnienie płucne – bardzo poważna choroba. Zmniejszacie wycenę przeszczepu płuca u ludzi z nadciśnieniem płucnym o 10%. Rezonans głowy leci w dół o 21%. Angiografia leci w dół o 29%, a jeszcze nie przeszedłem do kardiologii. Spektroskopia leci w dół o 39%.

Wracam do geriatrii i polityki senioralnej. Jednym z częstszych utrudnień życia ludzi starszych jest problem nietrzymania moczu. Zabiegi związane z nietrzymaniem moczu – zmniejszacie wycenę o 14%. To jaką wy macie politykę senioralną? Jaką macie politykę antydopalaczową? Na czym ta polityka polega?

Nawiążę do kardiologii. Angioplastyka wieńcowa balonowa – 17% w dół. Endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty – 30% w dół. Wycena o 18 tys. w dół. Zespoły wieńcowe – 7% w dół. Endoplastyka rewizyjna biodra – 47% w dół. I mógłbym tak długo. Proszę ustosunkować się do tego.

A na koniec mam pytanie takie, i prosiłbym o odpowiedź od razu, jeśli można. Wyceną świadczeń medycznych zajmuje się Rada do spraw Taryfikacji. To jest takie grono, które ma w sposób obiektywny oceniać wycenę świadczeń medycznych. Chciałbym pana ministra zapytać, czy w skład rady taryfikacyjnej przy Ministrze Zdrowia wchodzi pan Jacek Siwiec. Wchodzi. Prawda?

Panie ministrze, pan Jacek Siwiec od wielu lat, co widać w internecie w powszechnie dostępnych danych, jest wiceprezesem Fundacji Watch Health Care, której prezesem był pan minister Łanda, który został odwołany. Chciałbym panu przekazać materiały na piśmie o finansowaniu przez koncerny farmaceutyczne Fundacji Watch Health Care, której wiceprezesem jest człowiek, który w Radzie do spraw Taryfikacji zajmuje się wyceną świadczeń medycznych.

Ten problem już podnosiłem. On był wielokrotnie lekceważony. Jeżeli pan Jacek Siwiec nie jest w Radzie do spraw Taryfikacji, to proszę mnie poprawić i wszystko okej. Jeśli zaś jest, to proszę się zainteresować tymi materiałami. Pani poseł Kaczorowska.

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, chciałabym zapytać o taką rzecz. Badania nad takimi dziedzinami medycyny jak radioterapia i chemioterapia paliatywna zostały przeprowadzone i niedokończone czy też przeniesione do prac nad onkologią. Jeżeli tak, to moje pytanie jest takie. Z jakiego budżetu będą finansowane radioterapia i chemioterapia paliatywna? Czy z budżetu na medycynę paliatywną, czy z budżetu na onkologię?

I jeszcze jedno moje pytanie. Czy są jakieś wskaźniki, które badają kryteria zaawansowania, zakwalifikowania do tego typu terapii? Jeżeli tak, to co biorą pod uwagę i czy rzeczywiście – jeżeli to było badane – tego rodzaju terapia wpływa zdecydowanie na przeżycie pacjentów. Z moich obserwacji wynika, że dość często ta terapia jest stosowana jakby z narażeniem i pogorszeniem jakości życia pacjenta. Zaliczyłabym więc ją w pewnej części do terapii uporczywej. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Bardzo dziękuję. Oddaję w tej chwili głos ministrowi zdrowia. Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, odnotowałem wszystkie pytania i mam nadzieję, że na wszystkie odpowiem. W przypadku, gdyby mi się to nie udało,

bo któreś gdzieś zgubiłem, odpowiem oczywiście na piśmie. Zacznę w kolejności, w jakiej były zgłaszane.

Pierwsze pytanie odnosiło się do danych, które są gromadzone przez agencję. Tutaj następuje poprawa. Obecna sytuacja, w stosunku do tej sprzed trzech lat, jest inna. Niemniej jednak w dalszym ciągu nie mamy ujednoliconego systemu wystandaryzowanego rachunku kosztów w jednostkach i zakładach opieki, leczenia w podmiotach leczniczych czy na różnego rodzaju poziomach, żeby wyeliminować sytuację taką, z jaką mieliśmy do czynienia jeszcze półtora roku temu. Zbyt mała liczba danych, które udało nam się zgromadzić od zbyt małej liczby świadczeniodawców, wpływała zdecydowanie bardziej niekorzystnie na różnego rodzaju poziomy tych świadczeń, co pewnie też było tu przedmiotem różnego rodzaju dyskusji. Dodatkowo, oprócz tego ustawowego obowiązku przekazywania danych, o którym mówiłem, mamy cały cykl szkoleń dla świadczeniodawców o ośrodkach kosztów, które są szczególnie istotne z perspektywy taryf. Wydaje mi się jednak, że tutaj najwięcej efektów przyniesie wynik prac zespołu do spraw ujednolicenia zasad sprawozdawczości, który powołał Minister Zdrowia. Na podstawie dotychczasowych dyskusji widzimy, że przeciętny szpital sprawozdaje ponad 60 różnego rodzaju sprawozdań, dwadzieścia kilka sprawozdań finansowych do różnych instytucji, a jeśli chodzi o te dane, które są potrzebne do określenia kosztów procedury, to po prostu, na podstawie tych informacji, nie jesteśmy w stanie tego zrobić.

Odnośnie do informatyzacji, jest to problem w ogóle systemu ochrony zdrowia w Polsce. Myślę, że w różnych województwach wygląda bardzo różnie, i w różnych szpitalach bardzo różnie wygląda, a także w każdym szpitalu na różnych oddziałach różnie wygląda. To jest kwestia, która niepokoi końcowego odbiorcę danych, czyli Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Szczególnie niepokoi to, że na podstawie takich danych należy podawać precyzyjnie określoną cenę tej taryfy, nawet do dwóch miejsc po przecinku – jak tutaj zwrócono uwagę. To na pewno w tej chwili jest przedmiotem działań, aby ten system informatyczny ujednolicać lub – jak też było tu mówione – wysłać ankieterów, odpowiednio przygotowane osoby, do właściwych jednostek, do właściwych oddziałów, żeby te dane kosztowe zebrać.

Odnośnie do świadczeń ambulatoryjnych, tutaj była mowa o konkursach. Konkursy rzeczywiście planowane są na połowę tego roku. Tu nie zmienia sie mechanizm. Agencja nie przygotuje określonych taryf świadczeń ambulatoryjnych do momentu przygotowania konkursu ofert przez NFZ.

Wśród tych pytań i sugestii czy uwag przewijają się takie o system, które – jak mi się wydaje – powinniśmy rozdzielać. Jeśli popatrzymy logicznie – to, co agencja przygotowuje, to jest określenie minimalnej kwoty w koszyku świadczeń gwarantowanych, jaką państwo polskie jest w stanie płacić. Co innego jest jeszcze w konkursach przygotowanych potem przez NFZ. Te taryfy, które są publikowane przez agencję, nie są na zawsze, co tutaj się przewijało. One są modyfikowane w ramach konkursów. I takim przykładem jest zestaw taryf kardiologicznych, gdzie po tej obniżce, o której pan przewodniczący na koniec mówił, NFZ jest w stanie modyfikować wyceny punktu kryteriami, i to robi na bieżąco, tak aby ten system nie miał większych problemów.

Nie zgadzam się ze stanowiskiem tej pani poseł, która pierwsza zabrała głos, że nie posunęliśmy się do przodu w taryfikacji świadczeń. Może jest takie oczekiwanie, że w ciągu trzech lat zrobimy całość wyceny w systemie, w którym świadczeń jest kilkadziesiąt tysięcy. Jeżeli popatrzymy na grupy, to jest kilka tysięcy, ale poszczególne taryfikacje odnoszą się do bardzo precyzyjnych określeń, więc nie ma takiej możliwości.

Prawdopodobnie padały odpowiedzi na pytania zespołu, ile lat zajmie całość, że 5-6 lat, ale w moim przekonaniu – moim osobistym – nie ma potrzeby taryfikować wszystkich świadczeń. Gdybyśmy to objęli priorytetem – i to robimy – to wówczas odnosimy się do tych procedur szczególnie wysoko kosztowych, gdzie rzeczywiście ten efekt zdrowotny – efektywność tego świadczenia – musi być wskazany i zmierzony. I jeżeli tak byśmy to potraktowali, to rzeczywiście onkologia i kardiologia byłyby tym priorytetem, i tak na ten rok planujemy.

Pani poseł Kaczorowska mówiła o rehabilitacji. Proszę państwa, rehabilitacja to jest pewnie temat na inne posiedzenie Komisji, bo można powiedzieć, że mamy 5 różnych

ośrodków czy miejsc, obszarów, gdzie rehabilitujemy się w Polsce. Mamy też takie sytuacje, że wiemy, ile osób korzysta, i ile nadmiernie wykorzystuje rehabilitację. Wiemy również, że wycena pochodzi z danych, które są zasysane – czyli zgłaszane – z poszczególnych jednostek. Jeżeli rehabilitacją zajmuje się sanatorium, to na pewno zajmuje się dobrze, bo tego nie kwestionujemy czy nie podchodzimy do tego w taki sposób. To jest inna wycena niż w przypadku rehabilitacji wykonywanej w oddziale udarowym – czy w oddziale współpracującym z oddziałem udarowym – rehabilitacji neurologicznej. Na pewno te elementy musimy zmodyfikować i te prace trwają.

W tej chwili chcemy wprowadzić, również w ramach tych prac, określenie, jaki jest cel, co chcemy uzyskać tą rehabilitacją, bo rehabilitowanie tylko po to, żeby wykonać 10 zabiegów bez efektu powoduje, że korzystamy z tych świadczeń ponad miarę. Problem jest też kosztowy. Pierwsze wyceny, które powstały, dotyczące kardiologii, neurologii, narządów ruchu, były zbyt trudne do zrealizowania przez NFZ. Temat ten chcielibyśmy podjąć inaczej – tak, żeby określić w tych obszarach całość.

Odnośnie do pytań dotyczących metodyki – pan poseł Sośnierz odniósł się do pytań padających jeszcze na spotkaniu zespołu – oczywiście możemy podejmować różne metodyki. Prawdopodobnie, gdybyśmy zostawili jakąś jedną, to i tak nie uzyskamy tych efektów, jakich wszyscy byśmy chcieli, żeby te wyceny świadczeń pozwalały naszym pracującym w systemie lekarzom, pielęgniarkom itd., po pierwsze, odpowiednio zarabiać, a po drugie, właściwie realizować świadczenia. Dlatego też nie bardzo chciałbym tutaj odnosić się do samej metodyki.

Natomiast, jeśli chodzi o koszty rezydentur, z tych dwóch złych rozwiązań przyjęliśmy takie, że wliczamy ten koszt. Jeśli chodzi o koszt aparatury i sprzętu, z też złych rozwiązań przyjęliśmy amortyzację niezależnie od tego, czy zakup następował ze środków dodatkowych publicznych. A te ze środków dodatkowych publicznych dotyczą jednostek publicznych. W związku z tym, najczęściej te świadczenia są właśnie tam realizowane.

Odnośnie do marży – mówiłem o tym podczas prezentacji – przyjęliśmy mnożnik kosztów. On jest szacowany do każdej procedury. Wynosi kilka procent, w zależności od tej procedury. Nie jest to marża – bo tak tego bym nie określał – ale ten mnożnik odpowiada temu stosunkowi popyt-podaż. To jest realizowane na tej zasadzie.

Pani poseł Radziszewska – tak odnotowałem – aktualizacja taryf. Ona jest realizowana. Rzeczywiście te taryfy z 2015 r. nie odpowiadają obecnym cenom, niemniej jednak NFZ reaguje na modyfikację kosztu, bo generalnie ostateczna zapłata za realizowanie świadczeń jest z perspektywy płatnika publicznego. My określamy minimum tej kwoty. Jeżeli jest jakaś dramatyczna różnica – wzrosły koszty energii albo jakiegoś innego utrzymania, czy koszty osobowe, jak to dzieje się w tym roku – to na pewno reagujemy na te zmiany, jak również NFZ, w swoich procedurach.

Odpowiedzialność za taryfy to też jest ważny temat. Za taryfy odpowiedzialność ponosi Minister Zdrowia, mając w swoim zakresie Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która metodykę – dostępną publicznie i publicznie również krytykowaną – jest w stanie przerobić tak, aby wycena każdej procedury był maksymalnie obiektywna. Wycena maksymalnie obiektywna to nie jest jedna procedura, jeden przypadek czy jeden chory, który jest potraktowany holistycznie – tylko jest to wycena na zasadzie uśrednionej wartości danych kosztowych pochodzących z wielu jednostek i na różnych poziomach. Jeżeli tę metodykę rozumiemy, to jest ta wycena i ta taryfa, i rzeczywiście minister za to odpowiada. To jest przedstawione Narodowemu Funduszowi Zdrowia do zrealizowania. Natomiast oczywiście różne warunki lokalne wpływają na to, że w różnych miejscach pożądana jest różna cena. Inaczej są realizowane koszty świadczeń w dużym mieście jak Warszawa, a inaczej w miejscowości mniejszej, gdzie część kosztów jest inna. Niemniej jednak te wyceny są weryfikowane.

Pani poseł Chybicka odnosiła się do politycznych deklaracji dotyczących tego, że nie będzie NFZ itd., ale to nie za bardzo odnosi się do taryf. Natomiast, jeśli chodzi o te, które się odnosiły, to nie mamy jeszcze taryf onkologicznych. W związku z tym, nie bardzo rozumiem uwagę dotyczącą nieprzystawania tych danych do rzeczywistości. W wycenach procedur onkologicznych, np. chemioterapii, bardzo mocną rolę odgrywa cena leku. Ona jest modyfikowana na bieżąco. To, że w negocjacjach, które odbywają się często

w obszarze, nie chcę powiedzieć, utajnionym, ale generalnie, na zasadzie tego mechanizmu oddzielania ryzyka, te ceny poszczególnych leków ulegają znacznej modyfikacji, również w odpowiedzi na potrzeby nasze, systemu czy jakkolwiek to nazwać.

Odnośnie do plazmaferezy w programie transplantologicznym – ten program nie dotyczy taryfikacji. To jest ta część dotycząca koszyka świadczeń i program zdrowotny. W związku z tym, myślę, że to też nie do końca na dzisiejsze spotkanie.

Z kolei pani poseł Czech – odnoszenie się do całego koszyka. Mówiłem o pięciu-sześciu latach, gdybyśmy chcieli objąć całość. Jeśli chodzi o część wstrzymanych taryfikacji dotyczących psychiatrii – to też przewijało się w wypowiedzi pana posła Arłukowicza, który wskazywał na obniżenie – my generalnie nie obniżyliśmy żadnych taryf w stosunku do tych, które były podane. Natomiast po wyciągnięciu poszczególnej procedury z dużej grupy JGP rzeczywiście można odnieść takie wrażenie, że w części poszczególnych procedur jest modyfikacja. Jednak ona następowała za każdym razem na podstawie danych ze strony świadczeniodawców. Czyli taki jest rzeczywisty koszt danej procedury, w danym miejscu czy w danych miejscach – bo to jest uśredniane – ale w całej grupie JGP tej obniżki jakby nie ma. To jest taka rzeczywistość.

Odnośnie do radioterapii paliatywnej – ona została wstrzymana z powodu małej liczby danych. Tych pytań było tu kilka. Mieliśmy zbyt mało danych. To znaczy, te dane są pozyskiwane, bo to wstrzymanie nastąpiło w czasie przeszłym. Natomiast w ogólnym programie onkologicznym ta radioterapia paliatywna na pewno będzie wskazana, podobnie jak koszty procedur ambulatoryjnych w onkologii. Akurat w programie onkologicznym chcemy ująć kompleks. Myślę, że dobrym przykładem, który będziemy stosować, jest Breast Cancer Unit, który praktycznie jest już na ukończeniu.

Pan poseł Ostrowski – wycena punktów AOS. Tutaj, kardiologia zachowawcza i diabetologia. Patrząc na liczbę świadczeń udzielanych w częściach ambulatoryjnych, widać, że prawdopodobnie bez modyfikacji systemu – i na to liczymy w związku z wprowadzeniem sieci i ryczałtu w szpitalach – szpitale z tego budżetu ryczałtowego będą uruchamiać więcej świadczeń ambulatoryjnych, bo wtedy obniżają koszty działania. I to jest ten element z tego wzoru, który podnosi tę część jakościową, ale to już nie dotyczy jakby taryfikacji. Ambulatoryjną taryfikację będziemy robić pewnie wówczas, gdy będziemy mieć ustabilizowany system, po tych zmianach dotyczących sieci szpitali, po zmianie dotyczącej POZ, a szczególnie liczymy na ten efekt płatności ryczałtowych.

Onkologia – w tym roku. W tym roku chcemy mieć gotową większość procedur onkologicznych, żeby to odpowiednio zadziałało. Pan poseł…

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Chodzi mi o finansowanie radioterapii i chemioterapii. Czy to będzie z budżetu na medycynę paliatywną, czy z budżetu a onkologię?

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

To będzie z budżetu szpitalnego. To znaczy, z budżetu NFZ. To jak gdyby również jest wskazane. Nie. Nie z paliatywnej części…

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Nie z paliatywnej, tylko ze szpitalnej. Rozumiem.

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Tak będziemy rekomendować NFZ-owi. Pan poseł Latos mówił o czterodniowych pobytach w szpitalu. My to dostrzegamy i przyglądamy się temu intensywnie. Nie możemy powodować takiej sytuacji. Myślę, że wycenę tych świadczeń ambulatoryjnych, jednodniówek – bo to był problem główny, dlatego są te 4 dni w szpitalu – w ramach JGP na pewno będziemy się starali modyfikować.

Pani poseł Zwiercan podała wiele danych dotyczących różnych terapii uzależnień. I to jest też taka pośrednia odpowiedź na pytanie czy wątpliwość pana posła Arłukowicza, dlaczego jest różnica ceny w przypadku dopalaczy i w odniesieniu do prowadzenia pacjenta w stanie innych uzależnień. To wynika również z pozyskiwanych danych z tych jednostek, które prowadzą określone procedury. Jeżeli rozdzielimy te rzeczy, to widać,

że na uzależnienia dotyczące stanu po dopalaczach, jest jednak trochę więcej. Tutaj było zdaje się 102 zł w przypadku uzależnionych od alkoholu i 113,2…

**Poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Od uzależnień 102 zł, czyli, jest tam wszystko…

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Okej, a 113,2 zł…

**Poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

…uzależnienie od alkoholu, od środków psychoaktywnych i wszystkie behawioralne. Taki pacjent…

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Dobrze. Pani poseł, 113 zł…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Panie ministrze, posłowie w dzisiejszej dyskusji byli precyzyjni. Podawali precyzyjnie. Ja panu też podawałem, że jest to… Zacytuję panu. Jest to dokładny cytat z tabeli, którą państwo przysłali: „osobodzień w oddziale/ośrodku leczenia zespołów abstynencyjnych…” – uwaga! – „…po substancjach psychoaktywnych…” – czyli, po dopalaczach, 26% w dół. Osobodzień o 51 zł niżej. To są twarde fakty. Tutaj nie ma o czym dyskutować, tylko trzeba powiedzieć, dlaczego tak zrobiliście.

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Zaraz dojdę do tego. Ta część była też weryfikowana czy ustalana w 2015 r. Ona jest na bieżąco poprawiana i będzie urealniana przy okazji wyceny innych świadczeń psychiatrycznych.

I jeszcze godziny specjalisty i godziny instruktora. To też wynika z pozyskiwanych danych. To są generalnie koszty z tymi dodatkowymi elementami, o których mówiłem przy okazji przedstawiania metodyki szacowania, gdzie te koszty godzinowe są w ten sposób określane.

Tego, czy one są realne, czy nie, w tym momencie nie chciałbym mówić, bo rozmawiamy o tej procedurze. Jeżeli są takie sytuacje, że np. nie będziemy w stanie zatrudniać instruktorów za tyle za godzinę, to oczywiście musimy to zweryfikować.

Jeszcze raz mówię – NFZ działa na bieżąco i to są przykłady obniżek lub zwyżek. A różnice w wycenach w poszczególnych województwach, zwłaszcza w psychiatrii, wynikają jakby z tego systemu finansowania. To też chcemy zmieniać, ale wydaje się, że akurat w tym obszarze psychiatrycznym ten pilotaż, który prowadzimy, będzie tym elementem najbardziej kluczowym, gdzie część środków również będzie podwyższona.

Pani poseł Małecka – dane z prywatnych ośrodków mamy i uwzględniamy. Odnośnie do tych prac projektowych, to tam jest opisane na ten rok… Wstecz jest łatwiej, bo to jest więcej lat. Natomiast myślę, że najwięcej aktywności w tym roku będzie w zakresie onkologii, rehabilitacji, elementów związanych z kardiologią i wycenami, o których zresztą mówiłem.

Odnośnie do profilaktyki – z tego, co wiem, dzisiaj jest posiedzenie, czy już publikacja, w Radzie Przejrzystości, dotycząca adneksektomii. Natomiast mastektomia będzie oceniana. Tak więc, te dwa elementy są. Tak, profilaktyczna mastektomia.

Dlaczego ten czasokres jest tak długi? Ze względu na dość skomplikowaną materię. Akurat w tych dwóch przypadkach, dodatkowo, jest też zasadność tych terapii. Natomiast ten czas rzeczywiście, jeśli się uda, będziemy modyfikować.

Pani prof. Hrynkiewicz – temat holistycznego podejścia do pacjenta. Tutaj taryfy, mimo tego uszczegółowienia procedur, nie są ustalone wbrew holistycznemu ujęciu konkretnego człowieka, chorego oczekującego konkretnych świadczeń. Cały koszt opieki nad pacjentem jest tak konstruowany, aby z poszczególnych elementów ułożyć określone wynagrodzenie dla szpitala. Z jednej strony, mamy tu część koszykową, a z drugiej strony mamy tę część wyceny, aby zabezpieczyć potrzeby zdrowotne chorych.

Efektywność leczenia. Powiem na przykładzie rehabilitacji. Na razie nie mamy takich mechanizmów rehabilitacji, żeby określić efektywność. To jest na pewno problemem

wielu obszarów, natomiast, przy okazji świadczeń, np. onkologicznych lub wysoko kosztowych, chcemy wprowadzać rejestry, które nam pozwolą określić – ale to już nie w taryfikacji – konkretny efekt terapeutyczny.

Następnie, pan poseł Arłukowicz, z całą listą obniżek. My nie obniżaliśmy żadnej z taryf, tylko w poszczególnych procedurach… Jeśli chodzi o psychiatrię dziecięcą, nie było żadnych obniżek. Psychiatria dziecięca…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Zostały obniżone, panie ministrze.

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

Okej, kosztem innych elementów, które zostały podwyższone. I to jest rzecz taka, żeby po prostu szpital, który prowadzi te świadczenia, nie było dodatkowo dotknięty…

Odnośnie do konkretnej osoby, konkretnego nazwiska dotyczącego Rady do spraw Taryfikacji – w Radzie do spraw Taryfikacji, w Radzie Przejrzystości i wszystkich innych radach, które są w agencji, wszystkie osoby są weryfikowane przez Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego, łącznie z tym panem, którego pan przewodniczący był uprzejmy wskazać, i nie było żadnych zastrzeżeń. Tak więc, oczywiście, te materiały również prześlemy do tej agencji, która była…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Panie ministrze…

**Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:**

O radioterapii paliatywnej powiedziałem, tak więc…

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Okej. Ja nie chcę komentować pana słów. Powiem tylko tyle. Słucham pana i jakby rozumiem, co pan mówi, aczkolwiek kompletnie z tym się nie zgadzam. Dlatego, że Ministerstwo Zdrowia nie jest Ministerstwem Finansów czy księgowości… Panie ministrze, my tworzyliśmy tę agencję taryfikacji – ja osobiście to robiłem – po to, żeby mieć narzędzie do efektywnego kreowania polityki zdrowotnej. Czyli, żeby było dokładnie odwrotnie niż tu dzisiaj pan mówi – żeby ministerstwo miało narzędzie do wzmacniania poszczególnych gałęzi medycyny, jeśli są osłabione i kreowania tej polityki, a nie wyliczania kosztorysów księgowych poszczególnej procedury. I to jest ta różnica w myśleniu. Ta agencja po to była przez nas tworzona, aby minister zdrowia – wszystko jedno, jakiej maści partyjnej – miał w końcu narzędzie do tego, żeby np. psychiatrię dziecięcą – rzucam to jako przykład – która w Polsce kuleje od wielu lat, wspomóc m.in. tym narzędziem. Ja tak pojmowałem agencję taryfikacji, oczywiście, biorąc pod uwagę to, że musi dojść do rzetelnej wyceny jakościowej danej procedury, ale to Minister Zdrowia pojmuje efektywnie decyzje, które gałęzie sektora są finansowane w taki, czy w inny sposób. A wy przyjęliście rolę księgowego – policzyliście koszta, godziny, ilość zużytego leku, tabletki i tak wam wyszło. To dlatego potem wam takie bzdury wychodzą.

Jeżeli bowiem pan mi dzisiaj mówi, że pan efektywnie zwiększył finansowanie szpitali psychiatrycznych dla dzieci, to ich przedstawiciele by mówili, że jest zwiększone, a ja mam twarde dowody na to, że nie jest zwiększone. I pan to wie. Pan wie, że nawet, jeżeli u pana w tabelkach wychodzi, że jest zwiększone, to przy kontrakcie z NFZ-em jest zmniejszone. Wiemy to.

Jeżeli dzisiaj mówi pan o tym, że geriatria ma być finansowana, to pan ma realne narzędzie. Jeśli ma pan za mało oddziałów geriatrycznych, to niech pan podrzuca do góry finansowanie geriatrii, właśnie poprzez wycenę procedury, czym zmusi pan NFZ do płacenia wyższych stawek, i jedzie geriatria, i wzrasta zainteresowanie. Po to tworzyliśmy – my jako rząd – agencję taryfikacji. Jeżeli to ma być odzwierciedlenie jednego z departamentów NFZ-u, który liczy koszty, to w ogóle bez sensu jest ta agencja.

Nie chcę tutaj panu prawić morałów. Myślę, że rozumie pan moją intencję. Ja też rozumiem to, co pan mówi. Jeżeli będziecie liczyć tak, jak liczycie, to za każdym razem będziecie łapani na takich rzeczach. Nie jesteście w stanie tego wyłapać, bo minister zdrowia nie narzucił swojej polityki w tej dziedzinie, i ci księgowi policzyli.

Wiem, że pan minister ma terminowe wyjście. Bardzo proszę, panie ministrze, jeśli pozostały pytania bez odpowiedzi… Zgłaszała się jeszcze strona społeczna. Ja bardzo proszę o dosłownie minutowe zabieranie głosu, zaś dla posłów, to, czego pan nie zdążył powiedzieć, proszę dostarczyć na piśmie. Po minucie, panowie. Bardzo proszę się przedstawić.

**Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Robert Gil:**

Robert Gil, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Mam jedno bardzo ważne pytanie. Kardiologia – wiadomo – z pozycji bardzo wysokiej spadła na pozycję pariasa. Pytanie jest bardzo zasadne. Czy możemy liczyć – na jakich zasadach i kiedy – na retaryfikację tego, bo zjemy żabę stworzoną w szybkim tempie i – naszym zdaniem – na podstawie nie do końca rzetelnych danych. One są teraz dostępne.

Ponieważ mówimy o nowych dziedzinach, o nowych specjalnościach, pytanie jest takie. A co z tymi już ocenionymi i już wymagającymi weryfikacji specjalnościami?

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Musi pan przyjąć do wiadomości, że odpowiedź dla pana będzie na piśmie. Bardzo proszę, jeszcze pan się zgłaszał.

**Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:**

Wojciech Wiśniewski, Fundacja Onkologiczna ALIVIA. Mam pytanie do pana ministra. Czy w tym roku możemy spodziewać się taryfikacji innych niż Breast Cancer Unit świadczeń kompleksowych w onkologii? Czy zamierzają państwo promować, np. w dziedzinie diagnostyki obrazowej, pracę na dwie zmiany poprzez wyższe wyceny dla tych świadczeniodawców, którzy by ją wykonywali? I dokładnie w ślad za tym, co powiedziała pani poseł Hrynkiewicz – czy w taryfach jest w ogóle przestrzeń na to, by promować rozwiązania projakościowe?

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Bardzo proszę. Jeszcze pan się zgłaszał. Proszę się przedstawić.

**Ekspert Pracodawców RP Marcin Pakulski:**

Marcin Pakulski, Pracodawcy RP, kardiologia. Mam prośbę do pana ministra. Prosiłbym o wniosek do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o ponowną retaryfikację kardiologii ze względu na to, że w zeszłym roku Narodowy Fundusz Zdrowia zmienił strukturę Jednorodnych Grup Pacjentów, poprzez co cała dokonana taryfikacja jest nieaktualna.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję bardzo. Pani poseł, mamy jeszcze spotkanie w Klubie. Przypominam pani poseł.

**Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):**

Mam tylko jedno pytanie, z prośbą o odpowiedź na piśmie. Powiedział pan, że w wycenach są uwzględniane koszty osobowe. Wiadomo, że szpital dostaje ryczałt. W związku z tym, jeśli jest to uwzględniane w cenie jednostkowej, to w takim razie z tych samych pieniędzy będzie mniejsza liczba świadczeń. Mówił pan, że NFZ to uwzględnia. Nie może uwzględniać, jeśli budżet przekazywany ryczałtowo dla szpitala nie zmienił się. W związku z tym, jest wątpliwość. Proszę o odpowiedź na piśmie.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.